VIA Metropolitan Transit

Información para solicitar el servicio de VIAtrans

¿Qué es VIAtrans? La ley de estadounidenses con discapacidades de 1990 (ADA, por sus siglas en inglés) exige que las entidades públicas que operan un sistema de transporte de ruta fija también proporcionen servicios de transporte auxiliar complementario a las personas con discapacidades, y que estos servicios sean comparables al nivel de servicio prestado a las personas que no tienen discapacidades y que usan una ruta fija. El servicio de transporte auxiliar complementario deberá ofrecerse a aquellas personas cuyo impedimento o discapacidad les impide viajar independientemente en el transporte de ruta fija. VIAtrans es un servicio de transporte especializado que está a disposición de la mayoría de los residentes del Condado de Bexar que padecen un impedimento o afección médica que les impide viajar independientemente en los autobuses locales regulares de VIA para realizar la mayoría de sus viajes. El servicio de VIAtrans utiliza diversos vehículos, incluyendo las camionetas y los vehículos equipados con ascensor, con el fin de satisfacer las necesidades particulares de viaje de los usuarios. VIAtrans es un sistema de viaje compartido de "acera a acera" comparable al servicio local de autobuses regulares. Los usuarios de VIAtrans deben inscribirse con anterioridad para recibir el servicio y hacer reservaciones con un mínimo de veinticuatro (24) horas de anticipación al viaje que desean realizar. Los usuarios de VIAtrans deben programar todos sus viajes y, si reciben autorización por adelantado, pueden viajar con un ayudante de atención personal.

¿Quién puede usar VIAtrans? El servicio de VIAtrans se proporciona dentro de tres cuartos de milla de una ruta fija de autobuses a la mayoría de los domicilios del Condado de Bexar, con excepción de ciertas áreas que no están incorporadas dentro del Condado de Bexar. Actualmente, estas áreas incluyen sectores o áreas completas de Helotes, Hill Country Village, Hollywood Park, Live Oak, Lytle, Schertz, Selma, Somerset, Universal City y Windcrest. VIAtrans no tiene permitido recoger o dejar pasajeros en domicilios de esas áreas. Dentro del área de servicio de VIA, la tarifa base para un viaje sencillo es de $1.75.

Si tengo una discapacidad, ¿califico automáticamente para recibir el servicio de VIAtrans? Todas las determinaciones de elegibilidad de VIAtrans se basan en los criterios y pautas del transporte auxiliar, los cuales se establecen en la **Ley de estadounidenses con discapacidades de 1990**. De conformidad con los criterios de la ADA, la elegibilidad de VIAtrans no se basa en el diagnóstico médico de una persona sino en su habilidad funcional para usar el servicio de transporte de ruta fija. Como parte del proceso de determinación de elegibilidad de VIAtrans, podría pedírseles a los que solicitan el servicio que participen en una evaluación funcional física realizada por un terapeuta profesional capacitado. La evaluación funcional se usa para identificar las necesidades de viaje o adaptaciones especiales que son indispensables para el viaje que se va a realizar. El reporte de desempeño de la evaluación funcional junto con toda la documentación médica disponible, así como la información de la solicitud, son revisadas por un especialista en elegibilidad de VIA quien tomará la determinación al respecto.

¿Cómo sabré si mi solicitud fue aprobada? Su solicitud de VIAtrans deberá contestarse completamente antes de entregarse, ya que las que estén incompletas se le regresarán a usted o a su médico, lo cual puede retrasar el proceso de determinación de elegibilidad. Como parte de este proceso, se le puede pedir que participe en una evaluación funcional con el fin de identificar sus necesidades especiales de viaje. Dentro de un período de 21 días de haber recibido toda la información necesaria, su expediente completo será revisado y se tomará una determinación de elegibilidad. Si se le considera elegible para recibir los servicios de VIAtrans, su aviso de elegibilidad le indicará cómo obtener su tarjeta de identidad con fotografía y activar su registro de reservaciones. En ese momento se le entregará su tarjeta de identidad de VIAtrans junto con el Manual del Usuario de VIAtrans y la Guía de Instrucciones Telefónicas. Si se le considera que no es elegible, se le proporcionarán las instrucciones sobre el proceso de apelaciones.

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, llame a *Accessible Services Department* (210) 362-2140 entre 8:00 AM y 4:45 PM, de lunes a viernes. Las llamadas TDD pueden hacerse al teléfono (210) 362-2019 entre 8:00 AM y 4:45 PM, de lunes a viernes.

12/08 kdb

ID#_____
For Office Use Only

VIA Metro Center
1021 San Pedro
San Antonio, TX 78212
362-2140 (TDD: 362-2019)
Revised Jan 07

ADA Cat_____
AWS_____
EligTo_____
DX_____

Solicitud para el servicio de VIAtrans

INSTRUCCIONES: En las páginas 1, 2, 3 y 4 de esta solicitud, VIA le está pidiendo información acerca de usted y de su habilidad para usar el servicio de autobuses de VIA. Algunas preguntas son generales y otras específicas, pero todas son importantes. Sírvase tomarse el tiempo necesario para **contestar TODAS las preguntas** cuidadosa y completamente. No podemos determinar su elegibilidad para el servicio de VIAtrans sin esta información. No hay problema si un amigo, tutor, proveedor de cuidados, representante de servicio de una agencia o un familiar, le ayuda a contestar la parte que le corresponde en la solicitud, específicamente las páginas 1, 2, 3 y 4. Esta persona deberá proporcionar información precisa sobre usted, su discapacidad médica y su capacidad funcional. Si le ayudan a llenar su solicitud, la persona que le está ayudando deberá identificarse en la página 4. Las páginas 5 y 6 deberán ser contestadas y certificadas por un médico que esté familiarizado con su discapacidad o afección. Si tiene preguntas, comuníquese al teléfono 362-2140.

Información general – **Se debe proporcionar toda la información solicitada**
¿Ha solicitado alguna vez los servicios de VIAtrans o una tarjeta con tarifa de descuento? NO ☐ SÍ ☐ FECHA: _____
¿Le aprobaron alguna vez para el servicio de VIAtrans?/¿Le dieron antes este tipo de tarjeta? NO ☐SÍ ☐FECHA: _____

Nombre:_____Fecha de nacimiento:___/____/

Domicilio de la casa:_____ Apt#_____

Ciudad_____ , TX Código postal:_____Sexo: M__ F ____

Nombre de la institución y/o Complejo de apartamentos:_____ Código de entrada _____

Teléfono de la casa:_____ Tel. en horas hábiles:_____ Tel. celular _____

Contacto para casos de emergencia:_____Relación:_____

Tel. en casos de emergencia: _____ Tel. en horas hábiles: _____

¿Qué formato de comunicación sería más apropiado para que nos comuniquemos con usted?

Inglés____ Español____ Braille____ Cinta de audio____ TDD___ Correo electrónico_____

*****INFORMACIÓN INDIVIDUAL Y DE MOVILIDAD:**

¿Qué tipo de dispositivos de ayuda usa usted cuando viaja? (Marque todos los que sean aplicables).

__ Bastón de apoyo	__ **Silla de ruedas manual***	__ Animal de servicio entrenado
__ Muletas	__ **Silla de ruedas eléctrica***	__ Dispositivo de comunicación
__ Férula para pierna(s)	__ **Motoneta eléctrica***	__ "Bastón blanco"
__ "Andador" de aluminio	__ Oxígeno portátil	__ Ninguno
__ Otro (describa):		

*****<u>Si viaja en silla de ruedas o motoneta, debe proporcionar la siguiente información:</u>**

a. Tipo (¿silla de ruedas?, ¿motoneta?): _____ Marca:_____ Modelo #_____

b. Medidas: ancho (exterior de rueda a rueda): _____" longitud (largo de punta a punta) _____"

c. Peso combinado del aparato <u>ocupado</u> (peso de la silla + peso del usuario)_____ lbs.

d. Accesorios o características, por ejemplo, extensión para pierna, etc. _____

==========

1. Díganos de las situaciones en las que usted **<u>puede</u>** usar el servicio de autobuses de ruta fija (Ejemplos: si la parada de autobuses no está muy lejos; si el autobús tiene ascensor para sillas de ruedas, si el clima es bueno).
_____

2. ¿Cuál es la intersección de calles más cercana a su casa? (Ejemplo: Blanco y Basse)
_____

3. ¿Puede caminar o usar su silla de ruedas o dispositivo(s) de ayuda desde su casa hasta esa intersección de calles sin ayuda y sin lastimarse? ___Sí ___No
a. ¿Cuántos minutos le tomaría? __2 __5 __10 __15 __no puedo hacerlo.
b. ¿Qué tanto más lejos iría de la intersección de calles más cercana sin ayuda y sin lastimarse?
____cuatro veces esa distancia __tres veces esa distancia ___lo doble de esa distancia __no más lejos

4. ¿Puede cruzar una calle por sí solo(a) con seguridad? __Sí __No

5. ¿Puede llegar a una parada de autobuses sin perderse y esperar ahí hasta que llegue el autobús?
Sí__ No__ Si no puede, explique:_____

6. En una parada de autobuses, ¿cuánto tiempo puede estar de pie y esperar el autobús?
__15 minutos __10 minutos ___5 minutos __ Menos de 5 minutos

7. ¿Puede entender la información de horarios de los autobuses? __Sí __No

8. Todos los autobuses tienen un "letrero con el nombre del lugar de destino" en la parte delantera que muestra el nombre y número de la ruta.
¿Puede leer el letrero del lugar de destino del autobús? __Sí __No
¿Puede preguntarle al conductor a dónde va el autobús? __Sí __No
¿Puede dar o escribir una nota al conductor? __Sí __No
¿Puede entender la respuesta del conductor? __Sí __No

9. Si estuviera en el autobús, ¿podría pagar la tarifa, es decir, poner las monedas o los boletos en el ánfora o mostrarle el pase al conductor? _Sí __No Si no puede, explique:_____

10. Si estuviera en el autobús, ¿podría reconocer el lugar en donde se quiere bajar?
Si la respuesta es "no", explique:_____

11. ¿Ha tomado alguna vez un autobús en San Antonio o en otra ciudad? ____Sí ____No. Si la respuesta es "sí", explique cuándo y por qué dejó de tomar el autobús:

_____

12. ¿Ha recibido alguna vez "orientación y capacitación de movilidad" o "capacitación para viajar"? Sí__ No____ . Si la respuesta es "sí", escriba las rutas de autobús de VIA en las que puede viajar:

_____

13. Díganos las razones por las cuales usted cree que **no puede** usar el servicio de autobuses de VIA para algunos o todos sus viajes o en qué forma es difícil para usted hacerlo:

_____

14. ¿Participa usted en un centro de actividades o taller de trabajo? ____Sí _____No
Si la respuesta es "sí", ¿en cuál?_____

15. ¿Asiste a un centro de cuidados diurnos o participa en un programa de atención residencial o de tratamiento diurno?
___Sí ___No. Si es así, ¿en cuál?_____

16. ¿Recibe tratamiento de diálisis? _____Sí _____No Si es así, ¿dónde lo recibe?
¿Con qué frecuencia y/o por lo regular qué días?_____

17. ¿Vive usted en un centro que ofrece servicios de ayuda para la vida cotidiana o en una casa para jubilados (nursing home)? __Sí _____No
Si la respuesta es "sí", ¿en cuál?_____

18. ¿Es estudiante que asiste a una escuela? __Sí __No. Si la respuesta es "sí", escriba el nombre de la escuela:_____

19. ¿Puede subir y bajar tres (3) escalones (12" de altura con pasamanos)? ___Sí ___No

20. Si usa una silla de ruedas/motoneta, ¿se puede trasladar por sí mismo(a) de la silla de ruedas/motoneta, a un automóvil? ___Sí ___No

21. Si usa silla de ruedas o motoneta, ¿tiene rampa en su casa? ___Sí ___No
Si no tiene rampa, ¿cómo pone su silla de ruedas/motoneta a nivel de la calle/del suelo?

22. ¿Requiere que alguien viaje con usted? _____ Si es así, explique la razón:
_____

23. ¿Puede llamar y hacer o cancelar independientemente reservaciones de viaje? ___Sí ___No

24. ¿Puede esperar solo(a) sin depender de nadie en su residencia y en los lugares a los que viaja? Si la respuesta es "no", explique:_____

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN:

Declaro que la información que he proporcionado es verdadera, precisa y correcta. Autorizo la liberación de la información de diagnóstico y funcional a VIA, según se solicita en las páginas 5 y 6, para el único propósito de que se tome una determinación con respecto a mi elegibilidad para el servicio de transporte auxiliar (VIAtrans) o para la tarjeta con tarifa de descuento del Programa de Ayuda de Movilidad para el servicio de autobuses de ruta fija y entiendo que toda la información personal y médica se mantendrá en forma confidencial.

Si me lo piden, estoy de acuerdo en someterme a una evaluación funcional de mis habilidades y limitaciones de movilidad con el único propósito de que se tome una determinación con respecto a mi elegibilidad para el servicio de camionetas de transporte auxiliar (VIAtrans) o para la tarjeta con tarifa de descuento del Programa de Ayuda de Movilidad para el servicio de autobuses de ruta fija. Entiendo que el proporcionar información falsa o engañosa de manera intencional o si me rehúso a la evaluación funcional, será motivo para que se me nieguen los servicios y beneficios de VIA.

Si me aprueban, estoy de acuerdo en seguir las reglas y pautas establecidas por VIA y de informar oportunamente a VIA sobre cualquier cambio, incluyendo cambio de casa, número de teléfono y, si es aplicable, el nombre y número de teléfono de las personas que me cuidan; y de cualquier cambio significativo en mi condición que pudiera afectar mi nivel de movilidad. Entiendo que de no seguir los procedimientos apropiados o no colaborar con el personal de VIA; hacer algo ilícito o tener conducta desordenada; o si mi condición en cualquier momento representa una amenaza directa a la salud o seguridad de otros, dichas situaciones podrían dar como resultado la suspensión y/o cancelación del servicio o los beneficios.

FIRMA DEL SOLICITANTE:_____ **FECHA:**_____

Si esta solicitud ha sido llenada por una persona que no es la que solicita la certificación, esa persona deberá contestar lo siguiente:

Nombre_____

¿Cuál es su relación con el solicitante del servicio?_____

Dirección postal _____

Teléfono de la casa:_____ Tel. durante horas hábiles:_____Tel. celular:_____

Firma_____Fecha_____

¡ALTO! Las respuestas a las preguntas restantes en esta solicitud deberán proporcionarse por un médico con licencia para ejercer que debe estar familiarizado con su condición. Favor de llevarle el formulario completo a su médico para que conteste la sección médica y nos devuelva el formulario contestado.

Gracias

DIAGNOSTIC AND FUNCTIONAL INFORMATION (to be provided by a licensed physician)

Dear Physician:

The Americans with Disabilities Act of 1990 requires VIA to provide paratransit service to individuals who, because of their medical condition or impairment, are prevented from using regular VIA city bus service for most trips. Age, economic status, and environmental conditions may not be considered 'medical' factors in the assessment of paratransit eligibility. The information requested of you in the following sections will be used to determine the applicant's VIAtrans eligibility. It is important that all questions be answered completely and accurately to the best of your knowledge and in accordance with your records. If the information is incomplete or unclear, we may need to contact you for clarification. Thank you for your cooperation.

1. **Please indicate date of your most recent examination of this applicant:**_____

2. Based on your knowledge of the patient's condition, is the information provided on the previous pages a reasonable representation of his/her condition? _____Yes _____No
   If "no", please explain _____

3. **Please provide formal medical diagnoses and/or diagnostic codes to describe the applicant's primary impairments or disabling conditions:**
   _____

4. **If vision impaired,** what is **best corrected acuity** (Snellen)? (R) _____ (L) _____
   Field Restriction: (R)_____ (L)_____ Date of Testing:

5. **If hearing impaired,** what is the degree of discrimination for conventional speech without hearing aid(s)? (R) _____ (L)_____ With hearing aid? (R) _____ (L)_____

6. **If cognitively impaired**, what is the most recently recorded **IQ** or Performance Test Scores and date of Testing? _____

7. **What was the onset date of these conditions? (month/year): _____ If temporary, what is a reasonably anticipated recovery date for independent travel?**_____

8. Can applicant travel independently from his/her house, to the sidewalk?_____Yes _____ No.
   If "no" or "sometimes", please explain: _____

9. Assuming the use of a mobility aid, if applicable, and with no major barriers in his/her path, how far can the applicant independently travel without help or significant risk of injury:
   less than 1/4 mile ___ 1/4 mile____ ½ mile____ 3/4 mile____ more than 3/4 mile_____

10. Does the applicant's disability require him/her to travel with another person who provides personal assistance? Yes _____ No _____ Sometimes _____

11. Could the applicant benefit from travel training, if it was available? Yes ____ No ___ Maybe ____

12. **Please rate (Excellent / Good / Fair / Poor / None / Don't Know) the applicant in terms of:**

a) upper body strength:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
b) lower body strength:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
c) coordination:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
d) balance:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
e) safety awareness:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
f) independent judgment:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
g) sense of direction:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
h) ability to understand and follow instructions:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
I) verbal communication:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
j) written communication:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK
k) stamina and endurance:	__E	__G	__F	__P	__N	__DK

13. Is applicant wheelchair *dependent*? Yes _____ No _____

14. What, if any, is the extent of left and/ or right-side paralysis:_____

15. Can the applicant walk up and down two steps (12" rise, each step, with handrails available)?
Yes _____ No _____ Sometimes _____

Does the applicant require a lift-equipped vehicle to board? Yes _____ No _____

16. Please list any other factors (i.e., extreme temperatures) which significantly restrict the applicant's mobility:_____

PHYSICIAN'S CERTIFICATION:

I certify that the information I have provided hereto is a fair representation of this applicant's medical impairment or condition and is accurate to the best of my knowledge. I understand that the information provided hereto will be used for the sole purpose of determining the applicant's eligibility for paratransit services. I also agree that VIA may contact me for clarification of any information I have provided and that I will reply in good faith.

Physician's Full Name: _____

Institution/Facility/AgencyName: _____

Street Address:_____ Suite# _____City:_____ Zip Code_____

Medical License Number:_____Telephone# _____ **FAX#** _____

Physician's Signature: _____ **Date:** _____

******Note: Faxed, Copied, Or Stamped Physician Signatures Will Not Be Processed**